

2016 年夏 中野共立病院 一日看護体験申し込み用紙

記入日 2016 年 月 日

ふりがな	学校名（既卒のかたは出身校）					
氏名	（ 年生） 既卒					
生年月日	年	月	日（ 歳）	男 ・ 女		
住所（〒 - ）			体験 日 希 望	参加可能日全てに○をしてください		
				7/12	8/2	8/3
				8/24	8/30	8/31
電話番号	携帯電話					
メールアドレス						
白衣のサイズ S ・ M ・ L ・ LL ・ 3L その他（該当に○） ※男子のみ→ウエストサイズ（ ） cm						
①看護師になりたい ②他の医療職（ ） ③その他（ ） ※①～③の該当するものに○をして、参加動機とその職業の志望動機を書いて下さい （できるだけ詳しく書いてください）						
看護師さんに聞いてみたいことを書いて下さい						
緊急連絡先						
氏名	（続柄）			電話番号	職場・携帯	
感染症の抗体の有無と予防接種について教えてください（母子手帳などでご確認ください）						
はしか（麻疹）	抗体（かかったこと）→あり・なし・不明			予防接種→済 未 不明		
水ぼうそう（水痘）	抗体（かかったこと）→あり・なし・不明			予防接種→済 未 不明		
おたふくかぜ（流行性耳下腺炎）	抗体（かかったこと）→あり・なし・不明			予防接種→済 未 不明		
三日ばしか（風疹）	抗体（かかったこと）→あり・なし・不明			予防接種→済 未 不明		
【アンケートにご協力お願いします】						
①看護体験は何回目ですか？ 初めて ・（ ）回目 どこで体験しましたか？（ ）						
②中野共立病院の企画に参加したことはありますか？ 初めて ・（ ）回目 したことのあるかたは、何の企画ですか？（ ）						
③どこでこの体験を知りましたか？						
④志望校を教えてください 1 _____ 2 _____ 3 _____						
⑤看護学校に合格した方は学校名をお書き下さい						

医療法人社団健友会 中野共立病院は、個人情報適切に管理し、本人の了解なしに第三者に提供等いたしません。封書又は FAX にて中野共立病院 看護学生室まで送って下さい。〒164-0001 東京都中野区中野 5-44-7
FAX 03-6681-1389